

PENOLAKAN PELAYANAN RAWAT INAP

Ruang / Kelas :/.....

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Tgl. Lahir / Umur :

Alamat :

No Telpon :

Dengan ini menyatakan penolakan untuk menjalani pelayanan rawat inap terhadap diri saya sendiri / isteri / suami / ayah / ibu / anak / kakak / adik / teman / keluarga * (.....) dari pasien :

Nama :

No. RM :

Tgl. Lahir / Umur :

Alasan penolakan :

Saya memahami perlunya dan manfaat pelayanan rawat inap sebagaimana telah dijelaskan oleh dokter kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul bila tidak menjalani pelayanan rawat inap. Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan pelayanan rawat inap bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa..

Rumah Sakit Sultan Imanuddin Pangkalan Bun tidak bertanggung jawab secara hukum apabila pasien dan / atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif.

Penolakan ini akan mengakibatkan saya / wali untuk menanggung segala resiko yang terjadi kemudian serta tidak akan mengadakan penggugatan terhadap Rumah Sakit Sultan Imanuddin Pangkalan Bun sesudahnya.

Pangkalan Bun,Jam.....WIB.

Saksi 1
(Pihak Rumah Sakit)

Saksi 2
(Keluarga Pasien)

Pembuat pernyataan,

(.....)
Tanda Tangan & Nama Jelas

(.....)
Tanda Tangan & Nama Jelas

(.....)
Tanda Tangan & Nama Jelas

*Coret yang tidak perlu